

老人居住施設の空間構成の類型化と その特性に関する基礎的研究

－ 北陸3県における老人居住施設の実態 －

桜井 康宏* 尾崎 正治** 鈴木 秀典**

Study on the Actual Condition of Residential Facilities
for Elderly in HOKURIKU Region

－ Classification of the Room Composition and Space Zoning
of Residential Facilities for Elderly －

Yasuhiro SAKURAI, Shoji OZAKI, and Hidenori SUZUKI

(Received FEB. 26, 1993)

This paper aims to clear the actual condition of residential facilities for elderly in HOKURIKU region and to classify these room composition and space zoning. This paper found following 8 types.

1. SEPARATE Type (living zone is separated from room zone).
2. CONTINUATION Type (living zone is continued to room zone).
3. Type whose room zone has bath rooms.
4. Type whose room zone has dining rooms.
5. Type whose room zone has bath rooms and dining rooms.
6. HALL Type (Type which has multipurpose hall).
7. CENTER CORRIDOR Type.
8. The others.

はじめに

時代の大きな転換期といわれるわが国において、「成熟化」「国際化」とならんで「高齢化」への対応が急務の課題となっている。その主要な潮流は「ノーマライゼーション」理念の下での「施設福祉から在宅福祉へ」および「在宅自立への条件整備」の方向にあると言われている。しかし残念ながら、既に1960年代から70年代に居住施設の一定程度以上のストックを確保し終えている欧米先進各国とは異なり、わが国における高齢者福祉の実情は、量的にも質的にも「施設福祉」そのものの未成熟さを残したまま「在宅福祉」への転換を模索している状態と言わざるを得ない。このようなかで本論文は、わが国における「施設福祉」の実情を建築計画学の側面から見直し、今後の方向性を提示するための基礎的研究であり、主要な居住施設である特別養護老人ホームと老人保健施設を対象として、居住施設としての生活の質（24時間生活施設としての生活の広がりや生活のリ

* 環境設計工学科、

** 大学院環境設計工学専攻

ズム)を空間的に規定している施設全体の「空間構成」の実情を類型的に考察することを目的とするものである。

本論文は以下の4段階で構成されている。第1段階として北陸3県の老人居住施設の実情について各県担当所管の資料をもとに施設概要(所在、設立時期、入所定員)を把握したうえで、第2段階として主要な居住施設である特別養護老人ホームと老人保健施設に対してアンケート調査を実施し、それぞれの概略建築図面と入所者・職員の構成等を把握した。そして第3段階では、この概略建築図面をもとに空間構成の類型化を試み、設立時期・定員等からみた各タイプの諸特性を検討した。さらに第4段階では、典型タイプ3施設について各2日間の生活実態観察調査を実施し、日常の生活行為の展開状況を施設の空間構成との関係で考察した。

1. 北陸3県における老人居住施設の概要

(1) 老人居住施設の設置状況

ここでは、第1段階における調査結果の概要を述べる。

① 現在の制度下における公的な老人居住施設としては、老人福祉法に基づく「養護老人ホーム」「特別養護老人ホーム」「軽費老人ホーム(近年のケアハウスも含む)」と、健康保健制度に基づく「老人保健施設」がある。北陸3県におけるこれらの概要(1992年10月現在)を示したものが表1である。3県合計で「養護老人ホーム」20、「特別養護老人ホーム(以下『特養』と略す)」83、「軽費老人ホーム」10、「老人保健施設(以下『老健』と略す)」41である。このうち、戦前からの養老施設の歴史を継ぐ「養護老人ホーム」の開設は80年代以降みられず、80年代前半から「特養」、後半からは「老健」の急増が目立っており、この両施設が地域における主要な老人居住施設となりつつあることがわかる。

老人居住施設の入所定員(ベッド数)は大半が50人以上であるが、「特養」および「養護老人ホーム」「軽費」は「50～79人」が過半数であるのに対して、「老健」では「100人以上」が過半数となっている。「特養」について開設時期別にみると、80年代前半までは80人以上が過半数(中でも70年代までは100人以上が約40%)であったのに対して、80年代後半には「50～79人」が過半数となり、90年代に入って「50人未満」の施設も現れるなど、施設の小規模化傾向がうかがわれる。この傾向は3県にはほぼ共通しているが、福井でとりわけ顕著で先行的に現れている。一方、「老健」については、福井、石川では90年代に入って100人以上の割合がやや低下してきているが、富山ではむしろ増加している。

表1. 老人居住施設の設置状況(1992年)

	施設 総数	県別施設数			開設時期(%)					入所定員/ベッド数(%)			
		福井	石川	富山	～69	70～	80～	85～	90～	～49	50～	80～	100～
養護	20	9	7	4	70.0	30.0	—	—	—	—	50.0	15.0	35.0
特養	83	30	25	28	3.6	25.3	22.9	28.9	19.3	4.8	54.2	19.3	21.7
軽費	10	4	2	4	10.0	20.0	30.0	10.0	30.0	—	70.0	—	30.0
老健	41	11	11	19	—	—	—	41.5	58.5	4.9	24.4	17.1	53.6

② 続いて、1990年10月現在の人口を基礎に、老人人口1000人あたりのベッド数を算出したものが表2である。北陸3県平均で「特養」13.2床（1990年時点の全国平均は10.9床である）、「老健」4.8床、合計18.0床となる。3県の中では両施設とも福井の水準が最も高く、富山、石川の順となっている。ちなみに、老人人口比率は富山>福井>石川の順で石川がとりわけ低くなっている。

なお、1992年の確定人口が既発表の福井、石川の2県について、1992年現在での値を算出すると、福井では「特養」15.2床、「老健」7.0床、合計22.0床、石川では「特養」11.9床、「老健」6.7床、合計18.6床となり、福井の「特養」を例外として90年に比して若干の水準向上をみせている。

（2）老人居住施設の面積水準と職員体制

ここでは、第2段階における調査結果の概要を述べる（表3参照）。なお、第2段階の有効回収施設数は「特養」50（回収率60.2%）、「老健」20（同41.7%）である。

① 老人居住施設の平均延床面積は「特養」2388㎡、「老健」3041㎡であり、入所者1人あたりに換算すると「特養」34.8㎡/人、「老健」34.6㎡/人となり、両施設間にほとんど差がみられない。平均室数は「特養」21.2室、「老健」25.9室であり、1室あたり人数を算出すると「特養」3.25人/室、「老健」3.13人/人となり、「老健」が「特養」をやや上回っている。

② 上記の面積水準を北陸3県で比較すると、「特養」については2指標とも富山>石川>福井の順であり、とりわけ、富山における1室あたり人数水準の高さと、福井における1人あたり延床面積水準の低さが目立っている。「老健」については上記のような傾向的特性はみられず、石川における1人あたり面積水準の低さと1室あたり人数水準の高さという相反する傾向をみせている点が特異的となっている。一方、開設時期別にみると、「特養」については70年代から一貫して水準向上の傾向がみられ、とりわけ90年代に入って2指標とも大きく向上し、90年代についてのみみれば「老健」の面積水準をも上回っている点が注目される。これに対して「老健」については、90年代に入って富山の面積水準に若干の前進がみられるものの、3県全体では80年代後半とほとんど変わらず、むしろ1室あたり人数では後退傾向がうかがわれる。

表2. 老人人口とベッド数（1990年）

	総人口	老人人口	老人人口比率	老人1000人あたりベッド数		
				特養	老健	合計
福井	823585人	121940人	14.8%	15.5	5.5	21.0
石川	1164628	160692	11.6	11.6	4.4	15.9
富山	1120161	168946	15.1	13.0	4.7	17.7
全体	3108374	451578	14.5	13.2	4.8	18.0

表3. 老人居住施設の面積水準と職員体制

		1人あたり 延床面積	1室あたり 人数	寮母1人 あたり人数	看護婦1人 あたり人数	職員1人 あたり人数
特養	全体	34.8㎡/人	3.25人/室	3.47人/人	24.1人/人	3.03人/人
	福井	29.9	3.48	3.83	24.4	3.31
	石川	36.3	3.33	3.70	27.3	3.26
	富山	37.3	3.04	3.09	21.6	2.70
	～1979	26.8	3.74	3.65	26.3	3.21
	1980～	34.7	3.32	3.44	26.4	3.04
老健	1985～	36.9	3.11	3.41	22.3	2.96
	1990～	46.7	2.68	3.27	20.0	2.81
	全体	34.6	3.13	3.80	10.7	2.81
	福井	37.3	3.12	3.81	10.7	2.80
	石川	29.8	2.78	3.74	10.3	2.74
	富山	34.8	3.38	3.79	11.1	2.83
	～1989	34.0	3.03	3.76	10.6	2.78
	1990～	35.6	3.24	3.82	10.8	2.81

③ 続いて、老人居住施設における日常の生活に直接関わる寮母・看護婦の職員体制の水準をみると、寮母1人あたり入所者数は「特養」3.47人、「老健」3.80人で、「特養」の水準がやや高くなっているが、看護婦1人あたり人数は「特養」の24.1人に対して「老健」10.7人で、「老健」の水準が圧倒的に高い（制度的要因によるものである）。その結果、両者合計の1人あたり入所者数は「特養」3.03人、「老健」2.81人で、「老健」の水準がやや高いことになる。

④ 上記の職員体制の水準を北陸3県で比較すると、「特養」については面積水準と同様、富山の水準の高さが目立ち、寮母・看護婦ともに石川、福井を大きく上回っている（寮母の水準は福井、看護婦の水準は石川が最も低くなっている）。「老健」については大きな違いがみられないが、寮

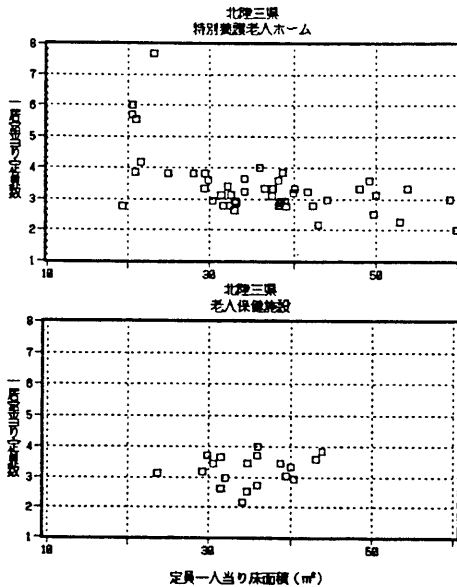


図1. 老人居住施設の面積水準

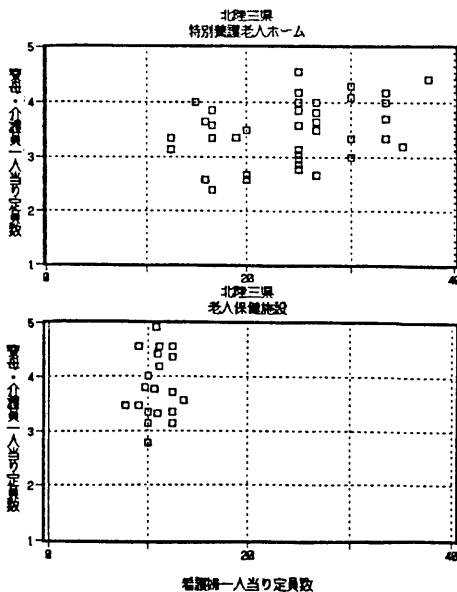


図2. 老人居住施設の職員体制水準

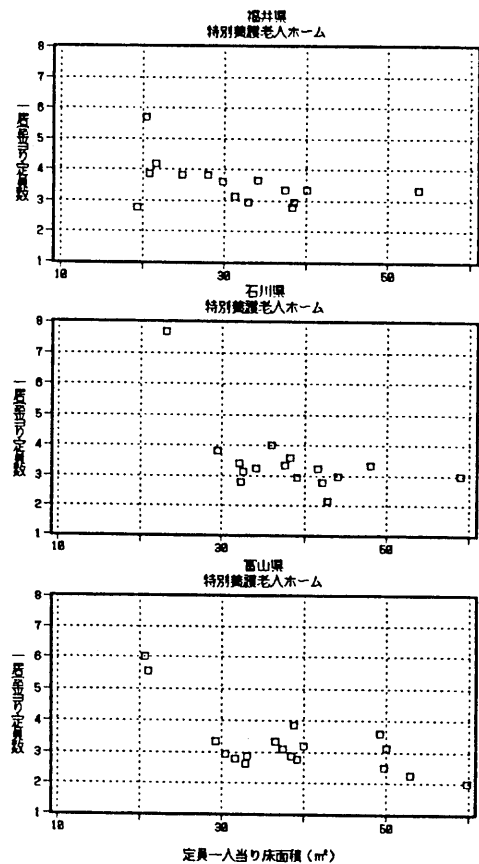


図3. 県別にみた特養の面積水準

母・看護婦とも石川での水準がややの高くなっている。一方、開設時期別にみると、「特養」については、やはり80年代後半あるいは90年代に入って一定水準の水準の向上がみられるが、「老健」についてはむしろ後退傾向がうかがわれる。

⑤ ここまで平均的に述べてきた老人居住施設の面積および職員体制の水準を各施設ごとに図化表現したものが図1、図2である。ここから、面積水準、職員体制のいずれにおいても、「老健」に比して「特養」が極めて多様な水準に分散していることが理解できる。そこで、「特養」の面積水準について、さらに各県別、開設時期別、入所定員別に示したものが図3～図5である。これらによって、この多様性が各県共通に現れていること、開設時期による水準の違いが極めて大きい(1

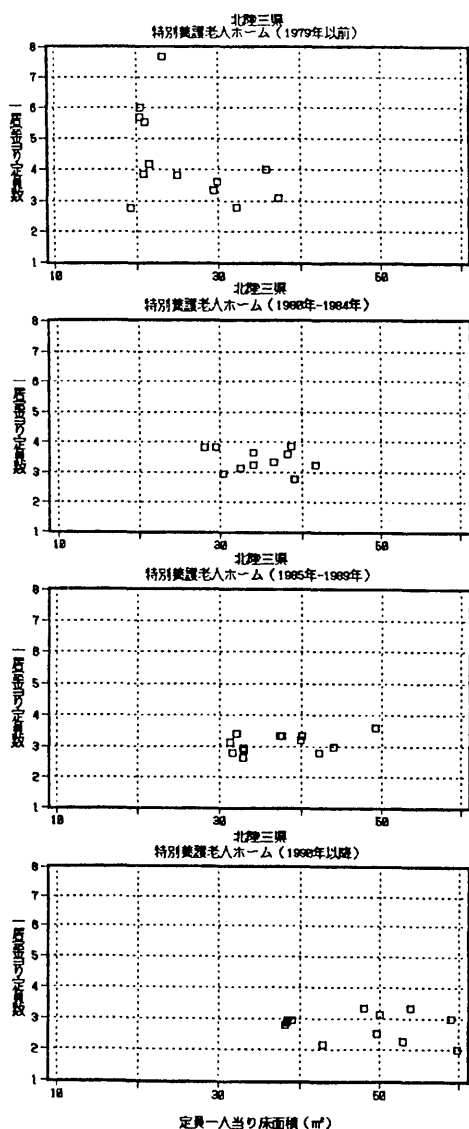


図4. 開設時期別にみた特養の面積水準

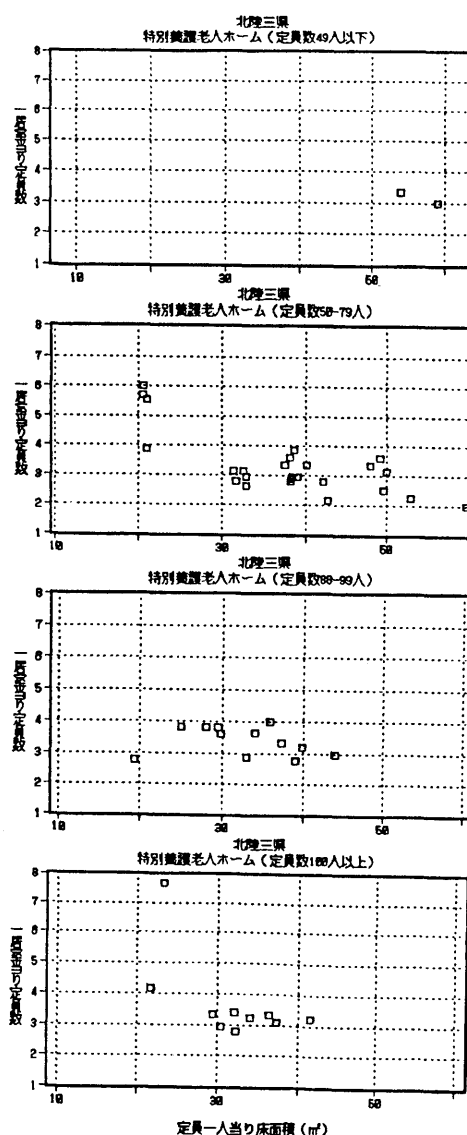


図5. 入所定員別にみた特養の面積水準

人あたり面積、1室あたり人数の2指標とも近年の施設ほど水準が高い)こと、同様に、入所定員による水準の違いも大きい(1人あたり面積水準は少定員ほど高いが、1室あたり人数水準は必ずしもその限りではない)ことが理解できる。

2. 老人居住施設の空間構成の類型化

(1) 老人居住施設の空間構成に関する既往文献の検討

第3段階として老人居住施設の空間構成の新たな類型化を試みるにあたって、最初に、既往文献の中にみられる主要な見解を整理しておきたい。

a. 新建築学大系における笈和夫氏の記述

新建築学大系32『福祉施設・レクリエーション施設の設計』(彰国社、1987)の第5章『老人施設の計画』において、笈和夫氏が「わが国老人ホームの平面実態と課題」を述べているが、その中で、1978、79年度に新築国庫補助申請をした老人ホームを対象として「延べ床面積(1人あたり延べ床面積)」「部門別面積構成比(居室、共用、医療・リハビリテーション、管理、サービス、通路の6部門)と部門を構成する各室(29分類)の所有率」「ブロックプラン」「居住空間の分節(居住単位)と看護単位の関係」「居室の面積・環境・設備条件」「共用空間の中の余暇・交流諸室の単独・兼用と分散の状況」「医療・リハビリテーション空間の保有形態」「浴室・特別浴室の位置」の実態を検討している。この中で、以下のような考察・課題が示されている。

① ブロックプランについては、「居住部(居室グループと各居室グループ専用の共用部諸室、通路を含む)」「共用部(施設全老人が利用する共用部諸室と通路)」「管理部」の複合状態に注目して『居住独立』『居住・共用複合』『居住・管理複合』『居住・共用・管理複合』の4タイプに分類し、養護と軽費では『居住独立』タイプ、特養では『居住・共用複合』『居住・共用・管理複合』タイプの割合が相対的に高いことを示している。さらに、「日本の制度のもとでの計画事例の中から、部分的にでも今後の老人ホームの在り方について推奨すべき計画手法の特色をもったものを選び、その内容を詳しく紹介する」ものとして、『居住独立』タイプおよび『居住・共用・管理複合』の2タイプから1事例づつを取り上げている。そして、それらの解説の中で「わが国の特養は居住部共用部複合型が2/3程度あって、しばしば各共用施設が簡略化されたり、日常共用室と兼用されたりする。居住部独立型は、これらの集団利用的、機能的空間を排除することにより、居住部の施設性を抑え、住居性を高め、一方で共用施設の専門性を高める意味がある。しかし、共用空間のなかでも、個人的なくつろぎ、小グループの交流を豊かにするリビングスペース、談話コーナー等の小余暇空間は多様に設ける必要がある。ここでは、円形の談話室と静かな植栽の中庭にそれらを期待している」および「居住・共用・管理の3部門が渾然一体となったこの型は、特養でも多くない。この型は共用の機能施設、管理施設の混入により、しばしば環境を乱し、居住性を低下させる例が多いが、ここでは設計者の“生活”と“介護機能”とのバランスの追求の結果、豊かな老人ホームの空間が巧みに生み出された」と、それぞれのタイプの基本的特性と課題および各事例に対する評価がまとめられている。

② 居住空間の分節については、「居住部を構成する居住単位の存在は明確でないものが多い。空間の分節、生活的共用室の使用グループ、寮母室の担当区分が、それぞれに判然としないもの、はっきりしていても相互に一致しないものが多い」「軽費や養護では、空間の分節、居住グループの

小規模化が建築の面で進められていながら、少ない寮母定員を有効に活用しようという管理的立場から寮母室の分散設置が抑えられている（活用されない寮母室の出ることが予想される）」ことが示されている。

③ 居室と余暇・交流空間については、「老人にとってプライバシーが守られる生活の拠点として、住居と同様の環境・設備が望まれる」としながらも、「しばしば介護の立場、コミュニケーションの立場と対立し、個室化が阻まれることがある」という事実と「居室の居住性を高め、プライバシーを高めると同時に、個室化によって失われるコミュニケーションの回復と多様化を図り、老人の自由な選択に任されたレクリエーション生活を可能とする空間を用意することは、心身を開放し、生活にゆとりと潤いを与える上で特に重要」という課題が示されている。さらに、「居住ブロック内に設けられる談話室、デイスペース等の小余暇空間の設置状況をみると、全く設けてないものが多く、貧しい状況を示している」ことが指摘されている。

④ 医療・リハビリテーション空間については、「養護・軽費の医療・リハビリテーション空間が特養よりも簡略化されていること、特養とても福祉施設であるため医師の常勤が困難となり、医務室が常時診療所機能を持ち得なくなっていること」と「ホーム内に医務室をもつ場合、医務室の位置が居室部内に、あるいは居住部に直接隣接して設けられるホームは、特養で23/45と多く、養護8/26、軽費5/20と少なくなり、要求度合の違い」のあることが指摘されている。

⑤ 浴室・特別浴室については、「医務室よりも居住部に近接したものが多く、分散配置も見られた。すなわち、浴室が居住部内あるいは居住部に隣接して設けられているホームは、特養で31/45、そのうち4例が分散配置、養護14/38で、1例が分散配置、軽費7/20となっていた」とされている。

b. 日本建築学会大会論文における小滝一正氏等の記述

1960年から1992年までの日本建築学会大会学術講演梗概集の「建築計画」部門における高齢者関係論文は合計 約630編にのぼる（60年代には年間数編であったものが、70年代後半から徐々に増加し、84年には年間20編、89年には年間50編を超え、1992年には約90編に急増している）。ただし、この中で居住施設の全体的な空間構成を論ずるものは極めて少なく、居住施設の生活実態を平面タイプとの関係で継続的に調査検討されている唯一の研究として小滝一正氏等による一連の論文があげられる。

① 同氏等の1980年の論文『寮母の介護動線からみた特別養護老人ホームの平面計画（その2）—介護動線モデルの適用—』では、寮母の動線計画に影響を与えるとされる「廊下と居室との相互関係」「居室以外の諸室（主として食堂、浴室、リネン作業室）と居室群との位置関係（隣接するか、棟分離し離れるか）」の視点から、「片廊下型（便所集中型と便所分散型にさらに分けられる）」「中廊下型—1」「中廊下型—2」「中廊下諸室分離型」「ホール型」「複廊下型（コア型）」「複合型」の7タイプに平面類型が分けられ、190事例の調査結果としてそれぞれ順に29%、36%、14%、13%、1%、5%、2%と報告されている。

② 同氏等の研究は、その後も対照的な平面形式をもつ居住施設の介護・生活動線の比較検討という視点から継続されているが、主要な検討対象は「中庭をもつ回遊型のコア・ホール複合型」の平面形式と「中廊下諸室分離型」の平面形式に置かれているようである。

③ さらに近年は、痴呆性老人の生活空間の空間構成上のテーマ（混合か分離か）も加わっているが、1991年の論文『生活空間の分離タイプ別にみた建築条件の特徴』では、痴呆性老人居室群のあ

り方を「完全混合」「専用居室付混合」「専用部分併設」「専用施設」の4タイプに分類したうえで、「専用部分併設」タイプの居住空間の性格を、便所、寮母室、食堂、デイルームの保有状況からみて「便所+寮母室+食堂またはデイルーム」「便所+食堂またはデイルーム」「便所+寮母室」「便所のみ」「なし」の5タイプに分類されている。

(2) 本論文における類型化の方法

以上のような知見をふまえて、本論文では、老人居住施設の全体的な空間構成を規定する基本的な要素として、いいかえれば、「24時間生活施設」としての「生活の流れ」や「生活の広がり」を空間的に規定する要素として「居室」「浴室」「食堂」「リハビリ室（機能回復訓練室等、以下『リハ室』と略）」の4つの空間に注目し、その位置関係によって空間構成を類型化することを基本とした。そのうえで、それぞれの「居室」ゾーン独自の空間構成の課題として「介護単位（寮母室あるいはナースステーションの数と位置）」「便所の数と位置」「デイスペース・デイコーナー等の有無と位置」等を付加的に考察することとした。本論文では、この前半の4つの空間の位置関係による類型化を中心に報告することとする。

① 以上の方針に従って、第2段階で有効回収を得た70施設を類型化すると、大きくは以下の8タイプに分けることができる。

(a)【居室・生活分離型】

「居室」群と「浴室」「食堂」「リハ室」群がそれぞれゾーン（「居室ゾーン」と「生活ゾーン」）を形成し、しかも、両ゾーンが階・棟などで明確に分離しているタイプ。

(b)【居室・生活連続型】

「居室」群と「浴室」「食堂」「リハ室」群がそれぞれゾーンを形成しているが、同一平面で連続的に連なっているタイプ。

それとは別の「居室ゾーン」が付加される場合もある（〔居住単位追加型〕として扱う）。

(c)【浴室内包型】

「居室ゾーン」の中に「浴室」が含まれるタイプ。

居住ゾーンの分化に応じて「浴室」も分散されるのが基本であるが、そうでない場合は〔居住単位追加型〕として扱う。

(d)【食堂内包型】

「居室ゾーン」の中に「食堂」が含まれるタイプ。

居住ゾーンの分化に応じて「食堂」も分散されるのが基本であるが、そうでない場合は〔居住単位追加型〕として扱う。

(e)【浴室・食堂内包型】

「居室ゾーン」の中に「浴室」と「食堂」が含まれるタイプ。

居住ゾーンの分化に応じて「浴室」「食堂」も分散されるのが基本であるが、そうでない場合は〔居住単位追加型〕として扱う。

(f)【ホール式一体型】

「居室ゾーン」と「生活ゾーン」が多目的な「ホール」を中心として一体的に構成されるタイプ。

それとは別の「居室ゾーン」が付加される場合もある（〔居住単位追加型〕として扱う）。

(g)【中廊下式一体型】

「居室ゾーン」と「生活ゾーン」が「中廊下」を挟んで一体的に構成されるタイプ。

それとは別の「居室ゾーン」が付加される場合もある〔居住単位追加型〕として扱う。

(h)【その他】

上記の8タイプに含まれないタイプで、「浴室」「食堂」「リハ室」が分散して明確なゾーンを形成しないもの等、空間構成の性格が不明確なものが多い。

② 以上の類型化の結果を示したものが表4である。全体では、【浴室内包型】24.3%、【居室・生活分離型】17.1%、【居室・生活連続型】12.9%、【ホール式一体型】10.0%と続き、【食堂内包型】【浴室・食堂内包型】【中廊下式一体型】がいずれも5.7%である。また、【その他】が18.6%である。【居室・生活分離型】と【居室・生活連続型】の合計は30%で、先の寛和夫氏の「わが国の特長は居住部共用部複合型が2/3程度あって、……」という記述とはほぼ対応している。

③ 「特養」では【浴室内包型】【居室・生活連続型】および【中廊下式一体型】の割合が相対的に高いのに対して、「老健」では【居室・生活分離型】および【食堂内包型】【ホール式一体型】の割合が相対的に高くなっている。

④ 開設時期別にみると、70年代までは【浴室内包型】【中廊下式一体型】【その他】の3タイプに70%以上が集中しているのに対して、80年代には【中廊下式一体型】が大きく減少し、【浴室内包型】に加えて【居室・生活連続型】の比重が高まっている。さらに90年代には、【浴室内包型】も大きく減少して【居室・生活分離型】が主要タイプとして新たに登場し、【居室・生活連続型】と【ホール式一体型】がそれを補完するようになっている。また、【その他】が多くみられるのは80年代までで、90年代には極めて少なくなっている。

⑤ 一方、入所定員別にみると、【居室・生活分離型】と【居室・生活連続型】は80人未満の小規模施設、【浴室内包型】【食堂内包型】【浴室・食堂内包型】は80人以上の中・大規模施設に目立

表4. 老人居住施設の空間構成類型

		居室・生活 分離型	居室・生活 連続型	浴室内包型	食堂内包型	浴室・食堂 内包型	ホール式 一体型	中廊下式 一体型	その他
全 体		17.1%	12.9%	24.3%	5.7%	5.7%	10.0	5.7%	18.6%
種別	特養	14.0	18.0	28.0	2.0	6.0	8.0	8.0	16.0
	老健	25.0	—	15.0	15.0	5.0	15.0	—	25.0
開設 時期別	～1979年	7.1	—	28.7	—	14.3	7.1	21.4	21.4
	1980～	8.6	14.3	34.2	5.7	5.7	8.6	2.9	20.0
	1990～	38.1	19.0	4.8	9.5	—	14.3	—	—
定員別	～79人	23.5	20.7	8.8	2.9	2.9	11.8	8.8	20.6
	80～	5.9	11.8	35.2	5.9	11.8	—	5.9	23.5
	100～	15.8	—	42.1	10.5	5.3	15.8	—	10.5
延床 面積別	～1999㎡	14.3	19.0	14.3	4.8	9.5	4.8	14.3	19.0
	2000～	17.2	13.8	17.2	3.5	3.5	17.2	3.5	24.1
	3000～	16.6	5.6	44.4	11.1	5.6	5.6	—	11.1
1人 あたり 面積別	～29㎡	—	—	26.7	—	6.7	13.3	20.0	33.3
	30～	16.7	19.4	27.8	8.3	8.3	5.6	—	13.9
	40～	25.0	—	8.4	8.3	—	25.0	8.3	25.0
	50～	40.0	40.0	20.0	—	—	—	—	—

っているが、【ホール式一体型】は中規模施設に少なく80人未満と100以上の両極規模でみられる点が目立つ。また、【中廊下式一体型】や【その他】は100人以上の大規模施設には少ない。

⑥ 延床面積別には、【中廊下式一体型】は2000㎡未満の小規模施設、【居室・生活連続型】および【その他】は3000㎡未満の小中規模施設で目立つのに対して、【浴室内包型】および【食堂内包型】は3000㎡以上の大規模施設に目立っている。また、【居室・生活分離型】はあらゆる面積帯にみられるのに対して、【ホール式一体型】は2000㎡台の中規模施設に特化している。

⑦ 続いて1人あたりの延床面積別にみると、50㎡/人以上では【居室・生活分離型】と【居室・生活連続型】に集中し、40㎡台では【居室・生活分離型】に加えて【ホール式一体型】と【その他】の割合が相対的に高いのに対して、40㎡未満では【浴室内包型】の割合が高くなり、さらに30㎡未満になるとそれに加えて【中廊下式一体型】の割合が相対的に高くなっている。

3. 典型タイプの生活実態

上記の空間構成類型の中から、典型タイプとして【居室・生活分離型】【浴室・食堂内包型】【ホール式一体型】の3タイプを抽出し、調査研究の第4段階として、それぞれ代表1施設について入浴日と非入浴日の2日間の生活実態観察調査を行った。方法は、9時から19時までの10時間、調査員2名が1時間おきに施設内を巡回して老人および職員の所在・行為を図面上に採取するものである。調査対象施設と調査日時は下記のとおりである（図6～図8の平面図参照）。

【居室・生活分離型】：福井県大野市B施設（老健、60人、2154㎡、1993年2月4、5日調査）

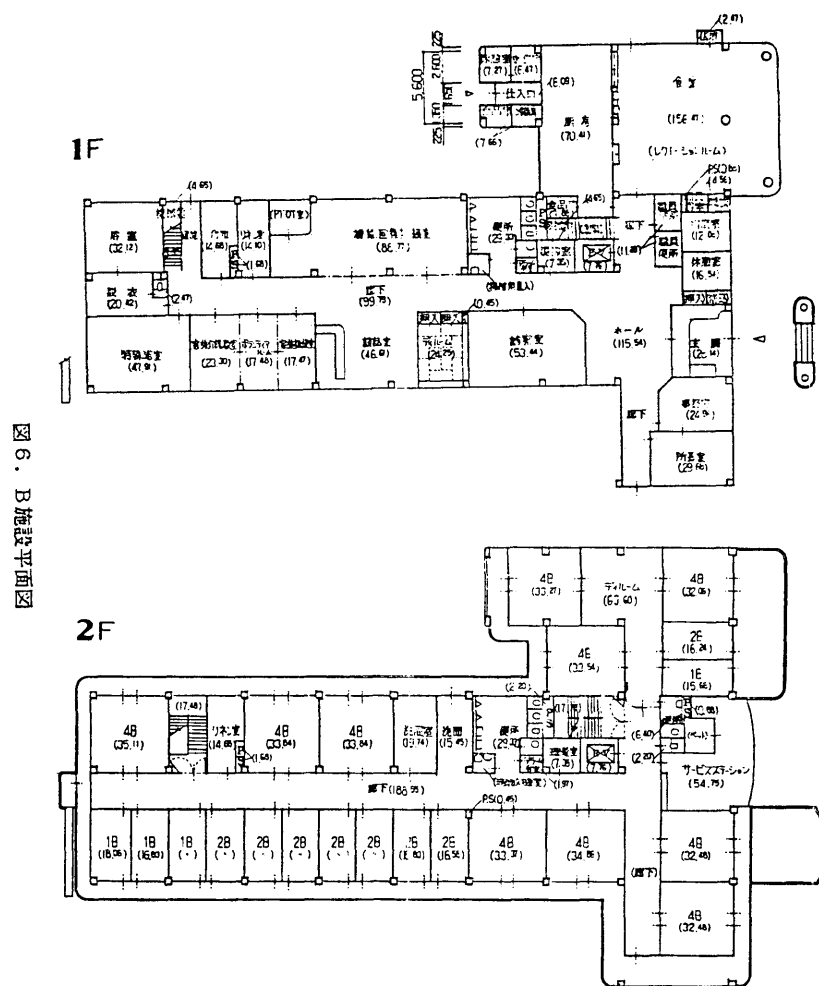
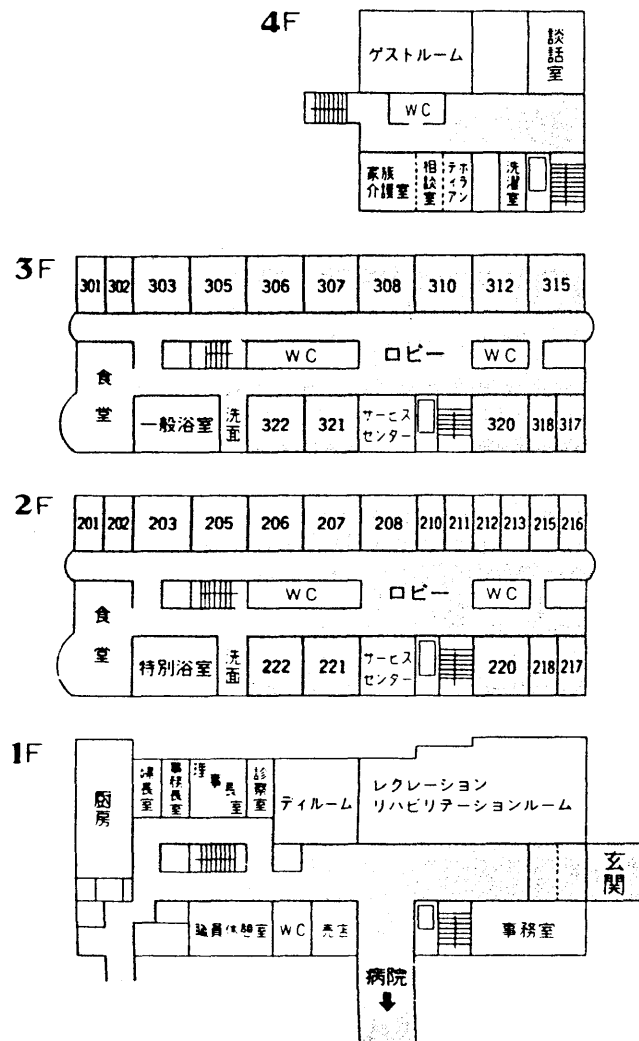
【浴室・食堂内包型】：福井県丸岡町D施設（老健、100人、3993㎡、1993年1月29日、2月10日調査）

【ホール式一体型】：石川県加賀市K施設（老健、100人、2375㎡、1993年2月8、9日調査）

調査結果の詳細は次の機会に送ることとし、ここでは、総括的にみた各施設の特性と問題点を指摘しておきたい。

① B施設は、2階が「居室ゾーン」、1階が「生活ゾーン（デイサービス事業を含む）」に完全に分離し、それぞれ中廊下形式のT字型プランである。「ナースステーション（N.S.）」は2階中央に位置し、「居室ゾーン」全体に気配りできることが考慮されている。「生活ゾーン」には浴室、食堂、リハ室に加えて談話室、和室デイルームを有するなど、室構成としては相対的に充実しているが、入浴前後と食事前後のわずかな時間と非入浴日の設定事業である喫茶タイムを除いて、1階の談話室と和室デイルームが老人に主体的に活用されることは少ない。階による空間の分離という「分離」の障壁が大きいことと、1階に「N.S.」のないこと、すなわち、1階に職員を配置できないことが、半ば強制的に老人を2階に押しやることとなっている。その結果として、2階の「居室ゾーン」において、日中はできるだけ起きている（ベッドから離れる）ように指導しているという運営方針も関係して、デイルームや「N.S.」前の廊下、端部階段付近の廊下（木製長イスが置かれる）に多くの老人の姿がみられることになり、いわば、「居室ゾーン」が日中の「生活ゾーン」としても機能している（機能せざるをえない）様子がうかがわれる。そして、この意味からすると、2階のデイルームと中廊下空間は面積的に機能的にも不十分さを隠しきれないのが実情である。

② D施設は4階建てで、1階・4階が管理およびデイサービス空間、2、3階が「居室ゾーン」（2階が主として痴呆性老人にあてられる）を形成し、2、3階それぞれに浴室と食堂が組み込ま



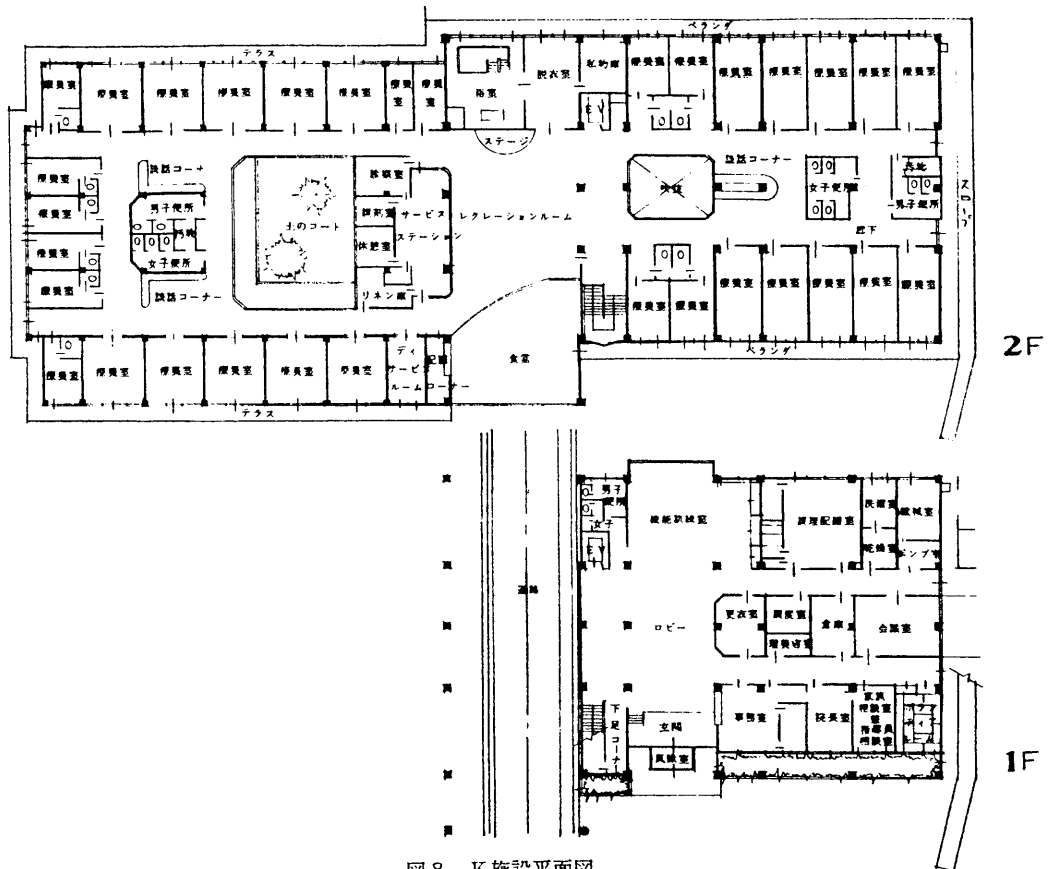


図8. K施設平面図

れた複廊下形式のプランとなっている。リハを受ける一部の老人を除いて、居住する老人にとって1階、4階への日常生活の広がりは見られない。居住単位が2つに分割されているものの、それぞれ50人という規模の大きさは、3階における食事の2交替制の導入や入浴前後の行為の廊下空間へのはみ出しをもたらす、また、中央ロビー空間にも衣類たたみなどの管理的行為がはみ出すなど、ロビーを含む複廊下空間が老人にとっての小余暇空間としては機能しきれていない。その結果、老人が居室・ベッドに滞在するケースが3施設の中では最も高くなっている。

③ K施設は、「居室ゾーン」と「生活ゾーン」が2階（斜面地で片側は地上に連なる）ワンフロアに展開し、1階は管理空間とデイサービス空間となっている。2階中央にはレクリエーションホールと食堂・浴室・「N.S.」が集約され、2つに分けられた居住単位のそれぞれに談話コーナーも設定されている。日中、老人が居室に滞在することはほとんどなく、全ての生活行為がレクリエーションホール・食堂を中心に展開される。この間、一部の老人が「居住ゾーン」を自由に徘徊するケースはみられるが、談話コーナーが小余暇空間として活用されることはむしろ少なく（むしろ管理行為のはみ出し空間となっている）、痴呆性老人にとっての小余暇空間の段階構成のあり方に課題が見受けられる。

④ 3施設に共通して、老人の日常生活の流れ・広がりを見規定する要素として、空間条件と同等、あるいはそれ以上に施設側の運営・指導方針と現実的な職員体制の問題がある。その意味で、職員の動きと老人の動きの相互関係を含めて詳細分析を深めることを今後の課題としたい。